



PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA Y CONTROL DE COVID-19 EN CENTROS SOCIO SANITARIOS

24 de junio de 2020

Unidades de Vigilancia Epidemiológica. Departamento de Salud

1. Introducción

Existe una creciente evidencia internacional de que las personas que viven en centros socio-sanitarios son particularmente vulnerables a las infecciones graves por SARS-CoV-2 y experimentan altas tasas de mortalidad. Así, en algunos países europeos, la proporción de personas fallecidas por COVID-19 en residencias, sobre el total de casos fallecidos, ha superado el 60%.

La edad avanzada y las comorbilidades que presentan las personas residentes son factores de riesgo de gravedad. Además, la transmisión se ve favorecida por el contacto estrecho que supone el cuidado de estas personas, y la proximidad entre residentes en estos entornos cerrados. Todas estas condiciones han hecho que los efectos de la emergencia sanitaria COVID-19 sean particularmente graves en este colectivo.

Según describe el último informe técnico de vigilancia de COVID-19 en centros residenciales de la Unión Europea, publicado el 19 de mayo por el ECDC, y a pesar de las diferentes realidades incluidas en el concepto de *“long-term-care-facilities”*, otros factores que han podido contribuir a la extrema vulnerabilidad de estos centros han sido los menores recursos diagnósticos y de protección con que han contado, la alta carga de trabajo, la falta de formación del personal en cuanto a medidas de prevención y control de la infección, la alta movilidad del personal y las dificultades para cubrir las bajas por enfermedad en momentos puntuales.

Este documento actualiza y amplía lo establecido en el anterior “Pautas para la toma de decisiones en relación con el aislamiento de personas en el ámbito residencial” de 6 de mayo, y ofrece indicaciones para la vigilancia y control de la infección por COVID-19 en residencias para mayores y otros centros socio-sanitarios.

Se sitúa en un momento de la epidemia con escasa transmisión comunitaria y con una evolución favorable de todos los indicadores de la misma y adapta al ámbito residencial las pautas establecidas en el Protocolo de vigilancia de coronavirus SARS-Cov-2 de la CAV, de fecha 19 de junio, que se basa a su vez en el documento del Ministerio de Sanidad Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19 de 16 de junio.

Será revisado periódicamente para adaptarlo a la situación epidemiológica y a la evidencia científica disponible en cada momento.

2. Transmisibilidad de SARS-CoV-2

Período de incubación: la mediana del periodo de incubación es de 5-6 días, con un rango de 1 a 14 días. El 97,5% de los casos sintomáticos se desarrollan en 11,5 días tras la exposición.

Duración de la enfermedad: El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta la recuperación es de 2 semanas cuando la enfermedad ha sido leve y 3-6 semanas cuando ha sido grave o crítica.

Periodo infectivo: En pacientes que tienen un curso leve de infección, el pico de la carga viral en muestras nasales y orofaríngeas ocurre durante los primeros 5-6 días tras el inicio de síntomas y prácticamente desaparece al día 10. Si bien en algunos pacientes se detecta virus más allá del día 10, la carga viral es del orden de 100-1.000 veces menor, lo cual sugeriría una baja capacidad de transmisión en estos días. Además, se ha podido demostrar la ausencia de virus infectivo (no crecimiento del virus en cultivos) con cargas virales por debajo de 10⁵ copias por torunda. Esto parece indicar que, en personas con síntomas leves, más allá de la primera semana tras el inicio de síntomas, la probabilidad de transmitir la infección a otros sería muy baja, incluso cuando el virus aun es detectable mediante PCR. La detección de RNA viral puede prolongarse mucho en el tiempo en el límite bajo de la prueba de detección.

Se puede concluir que, de acuerdo con la evidencia existente, la transmisión de la infección en los casos leves ocurriría fundamentalmente en la primera semana de la presentación de los síntomas, desde 1-2 días antes hasta 5-6 días después. En los casos más graves esta transmisión sería más intensa y más duradera.

3. Prevención y control de la infección en el ámbito residencial

De cara a abordar el control de la infección por SARS-CoV-2 en el ámbito residencial, los planes de contingencia de los centros residenciales tendrán que contemplar las siguientes cuestiones:

- Suficiente stock de equipos de protección.
- El circuito para solicitar pruebas PCR para residentes y personas trabajadoras de manera urgente, claramente establecido.
- La suficiente dotación de personal con la debida cualificación para la prevención de la infección y el uso de equipos de protección. La plantilla deberá estar suficientemente dimensionada para abordar situaciones de mayor demanda, en caso de enfermedad de gran número de personas residentes.
- La disposición de una bolsa de personas trabajadoras con la debida cualificación, a la que se pueda acceder en periodos de mayor trabajo o de bajas del personal de plantilla.
- El diseño del plan de visitas y salidas del centro, así como de las actividades grupales, con las debidas medidas de precaución.

Para el resto de medidas de prevención y control de la infección en el ámbito residencial se actuará según lo dispuesto en las guías y protocolos ya publicados, disponibles en las páginas web del Departamento de Salud y el Ministerio de Sanidad.

4. Detección de casos de infección activa por SARS-CoV-2

En todos los centros residenciales, dentro de los planes de contingencia, se mantendrá una rutina de vigilancia activa de casos sospechosos de COVID-19 que asegure la detección inmediata de los mismos, realizando de forma sistemática diaria la toma de temperatura, y observación de síntomas. En algunos casos puede resultar orientativa la bajada de la saturación de oxígeno medida por pulsometría o el aumento de frecuencia respiratoria en las personas residentes.

De la misma manera, se realizará monitorización diaria de fiebre y otros síntomas al personal trabajador.

Se considera caso sospechoso de infección por SARS-CoV-2 a cualquier persona con un cuadro clínico de infección respiratoria aguda de aparición súbita de cualquier gravedad que cursa, entre otros, con fiebre, tos o sensación de falta de aire.

Otros síntomas como la odinofagia, anosmia, ageusia, dolores musculares, diarreas, dolor torácico o cefaleas, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico.

Sin embargo, es importante destacar que la presentación clínica de la enfermedad puede ser muy leve o atípica, o presentarse como un deterioro inexplicable de la salud. Otras presentaciones atípicas en personas mayores o con factores de riesgo pueden incluir anorexia, apatía, conjuntivitis, desorientación, letargo, pérdida de peso, náuseas, erupción cutánea, somnolencia, congestión nasal o vómitos.

Ante cualquier caso sospechoso se solicitará una toma de muestra para PCR en las primeras 24 horas. Si la PCR resulta negativa y hay alta sospecha clínica de COVID-19 se repetirá la PCR a las 48 horas con una nueva muestra del tracto respiratorio. Si la PCR continúa siendo negativa y han transcurrido más de 7 días desde el inicio de los síntomas, se podrá plantear la detección de IgM mediante una prueba serológica tipo ELISA u otras técnicas de inmunoensayo de alto rendimiento.

5. Manejo de los casos de COVID-19

Todos los casos sospechosos de COVID-19 se mantendrán en aislamiento a la espera del resultado de la PCR.

En los casos confirmados que no requieran ingreso hospitalario y sean tratados en la residencia, se indicará aislamiento en los centros donde residan. El aislamiento se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de 14 días desde el inicio de los síntomas. La indicación de aislamiento, el seguimiento clínico y la decisión de alta, serán función del personal médico adscrito al centro, ya sea personal médico propio o de Osakidetza.

En caso de que la situación de base de la persona residente o su sintomatología crónica hagan difícil valorar si han transcurrido tres días de la resolución de su cuadro clínico, la decisión de levantar el aislamiento se apoyará en la realización de una nueva PCR. En caso de ser positiva se mantendrá el aislamiento una semana más.

Si no puede garantizarse el aislamiento efectivo de los casos leves, se indicará el aislamiento en los centros habilitadas para tal uso, si existe esta posibilidad.

En el caso de las personas trabajadoras enfermas de COVID-19, los criterios para el alta y fin de aislamiento domiciliario serán los mismos que en la población general. Sin embargo, será necesario que presenten una PCR negativa antes de incorporarse a su puesto de trabajo. En este grupo este proceso será responsabilidad de los profesionales del ámbito de salud laboral.

Ante un caso confirmado de COVID-19 en una residencia para mayores u otro tipo de centro sociosanitario, se considerará que existe un brote en la institución. Todo caso confirmado deberá ser declarado de manera urgente a la Unidad de Vigilancia Epidemiológica.

6. Valoración y estudio del brote. Manejo de contactos.

El estudio y seguimiento de los contactos estrechos tiene como objetivo realizar un diagnóstico temprano en los que inicien síntomas y evitar la transmisión en periodo asintomático o con clínica leve.

Se clasifica como contacto estrecho en un centro residencial:

- Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso: profesionales del centro que no hayan utilizado las medidas de protección adecuadas¹, familiares o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar.
- Cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso, a una distancia menor de 2 metros y durante más de 15 minutos.

El personal sanitario del centro, en coordinación con la Unidad de Vigilancia Epidemiológica, realizará las actividades de identificación de contactos estrechos entre las personas residentes, e indicación de medidas: toma inmediata de muestra para PCR que se repetirá a los 7 días y cuarentena de 14 días.

El periodo de exposición a considerar será desde 2 días antes del inicio de síntomas del caso hasta el momento en el que es aislado. En los casos asintomáticos confirmados por PCR, los contactos se buscarán desde 2 días antes de la toma de muestra.

¹ En el ámbito residencial, de cara a la clasificación como contacto estrecho en el estudio del brote, se consideran medidas de protección adecuadas el uso de medidas de aislamiento de gotas y contacto (guantes, mascarilla quirúrgica, bata y protección ocular, que no precisa ser integral) para maniobras que requieran gran proximidad con la persona, como el aseo o la ayuda para comer, y mascarilla quirúrgica y guantes para otras actividades de menor proximidad, como acompañamiento.

Un contacto estrecho que ya haya pasado la enfermedad de COVID-19 podrá hacer vida normal mientras no presente síntomas compatibles con la enfermedad. Esto incluye a todas las personas residentes asintomáticas que dieron positivo a alguna prueba en los cribados ya realizados.

La valoración de los contactos estrechos entre las personas trabajadoras del centro será responsabilidad del Servicio de Prevención que indicará el aislamiento domiciliario, solicitará la PCR y realizará el seguimiento por si desarrollan síntomas. Esta valoración se realizará de manera coordinada con la Unidad de Vigilancia Epidemiológica.

El Servicio de Prevención se asegurará, asimismo, de que el centro dispone del material de protección necesario para el personal y de la formación del mismo en relación con su uso.

7. Prevención de secuelas del aislamiento en las personas que viven en centros residenciales

La soledad y el aislamiento social de las personas mayores constituye un factor de riesgo que conduce a la depresión, el deterioro cognitivo, la morbilidad y la mortalidad. El riesgo es especialmente acusado en personas que sufren discapacidad psíquica, por su incapacidad para comprender la situación y su mayor necesidad de movilidad y contacto interpersonal. Por otra parte, las secuelas funcionales de la inmovilidad son especialmente devastadoras en las personas mayores.

Por tanto, la indicación de aislamiento no es una indicación inocua, y puede tener graves consecuencias para las personas. Su duración debe establecerse a la luz del mejor conocimiento disponible en cada momento sobre los tiempos de incubación y contagiosidad del SARS-Cov-2, y no prolongarse más allá de lo estrictamente necesario. Asimismo, la indicación debe ser individualizada, y siempre ajustada a los criterios establecidos en el punto 8 de este documento.

Aunque se establecen pautas para tipologías en relación con la COVID-19, la atención a la individualidad de cada una de las personas afectadas se mantiene con el PAI (Plan de Atención Individualizada) como eje de actuación, valorando los impactos diferenciales que dichas pautas puedan tener en cada una de las personas y concretando la fecha de finalización del aislamiento, así como las acciones a desarrollar durante y después del aislamiento para identificar y paliar dichos impactos.

8. Tipologías de paciente y duración de cuarentenas y aislamientos

La Orden Ministerial SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, indicó una clasificación para las personas de los centros sociosanitarios:

- a. Residentes sin síntomas y sin contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19.
- b. Residentes sin síntomas, en aislamiento preventivo por contacto estrecho con caso posible o confirmado de COVID-19.
- c. Residentes con síntomas compatibles con el COVID-19.
- d. Casos confirmados de COVID-19.

El protocolo de 19 de junio establece que las personas con síntomas compatibles con la COVID-19 serán sometidas a una prueba PCR en las primeras 24 horas; por tanto, la estancia en la cohorte c. será de corta duración.

Se definen 6 tipologías distintas y se detalla cómo proceder con cada una:

- **Personas que en ningún momento han tenido síntomas ni contacto estrecho conocido con residentes o trabajadoras no protegidas que sean casos confirmados. (Cohorte a.)**

Estas personas harán una vida normal en la residencia, separadas completamente de las personas de las cohortes b., c. y d. En el PAI se incluirá una rutina de observación diaria para detección de síntomas.

- **Personas que han tenido contacto estrecho con casos confirmados, residentes o trabajadoras sin protección. (Cohorte b.)**

Los contactos estrechos de casos confirmados realizarán cuarentena durante 14 días desde el último contacto con el caso. Se realizará una PCR a todos los contactos estrechos de manera inmediata y a los 7 días. Si los contactos tuvieran síntomas al tomar la muestra, y la PCR fuera negativa, se repetirá 48h después. En el caso de que el contacto desarrollara síntomas durante la cuarentena, se indicará PCR a las 24h del inicio de los mismos.

Si durante los 14 días de cuarentena una persona que es contacto estrecho desarrolla síntomas, pasará a ser considerada caso sospechoso y se procederá a su aislamiento y petición de PCR a las 24h del inicio de los mismos.

Si el contacto sigue asintomático al finalizar su periodo de cuarentena podrá reincorporarse a su rutina de forma habitual.

Hay que tener en cuenta que la cuarentena no supone aislamiento estricto en la habitación, pudiendo contemplarse la libre movilidad por la zona adscrita a la cohorte, siempre que ello sea posible y con mascarilla quirúrgica. Esto deberá acompañarse de una estrecha vigilancia de la aparición de síntomas e indicación inmediata de aislamiento y solicitud de PCR a la mínima sospecha.

No se indicará cuarentena a los contactos estrechos que ya hayan pasado la enfermedad de COVID19, pudiendo hacer vida normal mientras no presente síntomas compatibles con la enfermedad. En caso de que presenten síntomas se manejarán como casos sospechosos. Como ya se ha dicho, esto aplica a todas las personas residentes asintomáticas que dieron positivo a alguna prueba en los cribados ya realizados con anterioridad.

- **Personas que son casos confirmados. (Cohorte d.)**

En los casos confirmados, el aislamiento se mantendrá hasta transcurridos tres días desde la resolución de la fiebre y del cuadro clínico con un mínimo de 14 días desde el inicio de los síntomas.

El seguimiento y el alta serán supervisados por el personal médico del centro o el de Atención Primaria asignado al mismo. Si no puede garantizarse el aislamiento efectivo de los casos leves se indicará el aislamiento en los centros establecidos para tal fin.

Como se ha dicho, cuando es difícil valorar el fin de síntomas, y solo entonces, la decisión de levantar el aislamiento se apoyará en la realización de una nueva PCR. En caso de que sea positiva se mantendrá el aislamiento 7 días más.

- **Personas que regresan a la residencia tras ingreso hospitalario.**

- a. Los casos de personas con COVID-19 que han requerido ingreso hospitalario podrán recibir el alta hospitalaria si su situación clínica lo permite, aunque su PCR siga siendo positiva, pero deberán mantener aislamiento con monitorización de su situación clínica

al menos 14 días desde el alta hospitalaria, siempre que hayan transcurrido tres días desde la resolución de la fiebre y el cuadro clínico.

En caso de tener la última PCR negativa en el momento del alta hospitalaria y no presentar síntomas en los tres días previos, se considerará que la enfermedad está resuelta y no se hará aislamiento al regresar a la residencia.

- b. En las personas ingresadas por otra causa se realizará, además de la PCR al ingreso, otra PCR antes del alta. Si es negativa implicará la reincorporación a la vida normalizada (cohorte a). Aun así, como medida de protección, llevará mascarilla y se mantendrá una estricta vigilancia de síntomas hasta transcurridos 14 días del alta hospitalaria. Si es positiva se derivará a las Unidades forales de referencia COVID siguiendo el protocolo habitual.
- **Personas que han acudido a un centro sanitario para consulta, realización de una prueba diagnóstica, intervención terapéutica ambulatoria, o servicio de urgencias, por causas distintas a COVID-19.**

No se considera necesario el aislamiento. Se incluye aquí la permanencia en boxes durante la estancia en un servicio de urgencias. Se estrechará la vigilancia de síntomas en los siguientes 14 días.

- **Personas que ingresan a vivir en un centro residencial.**

Las personas a la espera de ingresar en un centro residencial se harán una PCR previamente al ingreso, gestionada desde su centro de Atención Primaria. Si el resultado es positivo se considerará caso confirmado y aplicará lo recogido para estos casos. Si la PCR es negativa se integrará en la vida normalizada. Aun así, como medida de protección, llevará mascarilla y se mantendrá una estricta vigilancia de síntomas hasta transcurridos 14 días desde el ingreso.

9. Medidas generales para el aislamiento

La organización de las cohortes en las residencias debe planificarse en función de las posibilidades que la estructura del centro permita, buscando siempre el máximo bienestar y seguridad de las personas, sin olvidar que las circunstancias de salud física y mental de cada una de ellas debe ser tomada en cuenta y pueden condicionar las decisiones a tomar. Es imprescindible evitar el cruce de trabajadoras entre las zonas destinadas a personas en condiciones distintas.

En las zonas de las residencias destinadas a pacientes con enfermedad confirmada no será necesario aislar a las personas en su habitación, permitiéndose el contacto entre residentes, pudiendo moverse libremente en dicha zona, si bien deben llevar una mascarilla quirúrgica para la protección del personal.

De acuerdo a lo establecido en la Orden ministerial del 19 de marzo (BOE de 21/3/2020), en el caso de indicación de aislamiento en personas deambulantes o errantes con trastorno neurocognitivo, el centro deberá atender especialmente que se les permita deambular sin que les resulte posible salir de esa zona de aislamiento, evitando la utilización de sujeción mecánica o química.

Si la estructura del centro no permite una adecuada sectorización, y no es posible el traslado a otro centro, las personas con enfermedad COVID-19 confirmada deberán permanecer en su habitación. En este caso se deben programar medidas específicas de apoyo psicológico para evitar el deterioro, en la medida de lo posible. Además, se facilitarán salidas programadas y actividad individual diaria en las habitaciones dirigida por personal gerocultor, cambios posturales periódicos, y en aquellas personas encamadas extremar las medidas antiescara con movilizaciones y cuidados pertinentes. Debe prestarse especial atención a la nutrición, especialmente al soporte proteínico e hídrico (pudiendo valorarse aportes indirectos en sopas caldos, etc., en aquellos residentes que sea difícil asegurar la ingesta de agua libre).

El aislamiento debe abordarse como una situación en la que la necesidad de contacto humano se intensifica, por lo que corresponde un incremento en los contactos entre el personal de la residencia y la persona aislada. El PAI debe recoger la prescripción de frecuencia diaria de entradas en la habitación de las personas aisladas, con el fin de hacer una valoración continuada de las necesidades de la persona y aliviar en lo posible la sensación de soledad.

Cuando se recomienda el levantamiento del aislamiento se entiende que la persona afectada puede pasar a convivir con el resto de residentes no aislados.

Para mejorar la vida cotidiana de las personas residiendo que no estén en aislamiento, y a la vista de la situación de cada residencia, se puede adoptar la alternativa de utilizar las zonas comunes con horarios alternativos para grupos reducidos, garantizando la distancia de seguridad y con las medidas de limpieza y ventilación adecuadas, tal y como se recomienda en el protocolo del Ministerio de Sanidad.

10. Pautas para las visitas y salidas

El contacto con la familia o las personas más próximas es un derecho y una necesidad de las personas residentes en un centro de mayores u otro tipo de centro sociosanitario. Constituye además una medida de prevención del sufrimiento y deterioro psicológico que amenaza a las personas mayores y/o con discapacidad y a sus personas allegadas, como consecuencia de las medidas tomadas para prevenir la transmisión del virus.

La posibilidad de recibir visitas y de realizar salidas fuera de las residencias, tras meses de confinamiento, se sustenta en el derecho de las personas mayores al trato igualitario y a la no discriminación, en un escenario en el que progresivamente se están levantando las restricciones a la movilidad para el conjunto de la ciudadanía.

Las visitas y las salidas deben organizarse de forma que se maximice su beneficio en la salud física y emocional de las personas residentes, al mismo tiempo que se aplican las pautas de prevención en relación con la COVID-19.

El contacto físico es una necesidad humana que adquiere especial relevancia en la edad avanzada como medio para la comunicación de afecto, siendo para algunas personas la única manera de percibir el cariño de sus allegados. Por tanto, las pautas de prevención de contagio se plantean aceptando la posibilidad de contacto físico.

Las personas que viven en residencias podrán recibir visitas, al igual que realizar salidas, todo ello de acuerdo al calendario y regulación que establezcan las Diputaciones Forales.

Tanto para las visitas como para las salidas de las residencias, la compañía serán siempre las personas más estrechamente allegadas a la persona residente, absteniéndose familiares menos próximos o amistades no íntimas.

Las pautas indicadas a continuación se establecen para un período de baja transmisión del virus y en residencias sin brote activo. En caso de sobrevenir una nueva oleada de infección deberán revisarse.

a. Recomendaciones para las visitas en centros residenciales.

En la planificación de las visitas debe establecerse las medidas necesarias para evitar la acumulación de personas, repartiendo los encuentros en un horario amplio.

Se priorizará la salida a patios o jardines, si el centro dispone de ellos. Cuando los encuentros sean en espacios cerrados, estarán bien ventilados.

Previamente a la visita se informará de las normas de higiene a respetar, y de los circuitos establecidos tanto en el interior como en el exterior del centro. El día de la visita una persona responsable del centro insistirá en las normas de higiene y preguntará a la persona visitante si presenta síntomas relacionados con COVID-19 o si ha tenido contacto con personas contagiadas.

En la entrada de la residencia se ubicará un dispensador de gel hidroalcohólico y una infografía con el método adecuado para desinfectar las manos.

Tanto la persona visitante como la persona residente utilizarán mascarilla en todo momento. Aunque la pauta de distancia física de 1,5 metros es aplicable como norma general, se acepta el contacto físico, siempre con mascarilla e higiene de manos.

La dificultad de una persona mayor para tolerar el uso continuado de mascarilla no debe constituir un impedimento para recibir visitas. Se deben hacer todos los esfuerzos necesarios para que la persona pueda disfrutar con su familia o personas más allegadas, planificando las actividades de manera que la distancia física se mantenga de la mejor manera posible, preferiblemente al aire libre y evitando el contacto con terceras personas.

b. Recomendaciones para visitas en situaciones excepcionales

En determinadas situaciones el contacto con la persona residente se tiene que hacer en el marco más restringido de la propia habitación de el/la residente. Entre otras estarían las siguientes:

- o Situaciones de cuidados al final de la vida, donde se deberá proporcionar a las familias la posibilidad de contacto con la persona residente. Hay que destacar que final de la vida no es solo el momento de la agonía, cuando la persona ya está muy desconectada y la comunicación es difícil, sino la situación terminal, de manera que sea posible la expresión de los afectos y la resolución de asuntos pendientes, acciones tan necesarias para un buen morir.
- o Situaciones cognitivas que imposibiliten la comprensión de la situación y/o el uso de medios alternativos de contacto con personas allegadas.

En estos casos el personal sanitario del centro establecerá para cada caso concreto el procedimiento a seguir para minimizar el riesgo de infección. Se limitarán las visitas a una por residente y día, preferiblemente la misma persona, aunque se valorarán excepciones dependiendo de las circunstancias.

c. Recomendaciones para las salidas de las residencias de mayores.

Todas las personas podrán realizar salidas de la residencia, desde salir a dar un paseo hasta estancias de varios días con sus allegados.

Las personas autónomas que anteriormente a la pandemia salían de la residencia por iniciativa propia podrán hacerlo de nuevo. En estos casos, antes de la salida recibirán instrucciones sobre las pautas de higiene de manos, uso de mascarilla y distancia física.

Las salidas se planificarán con antelación. El día de la salida una persona responsable del centro recordará a los familiares las normas de higiene y el uso de las protecciones establecidas, y preguntará por la presencia de síntomas relacionados con COVID-19 o el contacto con personas contagiadas.

Un o una familiar asumirá la responsabilidad principal durante la salida para velar por la aplicación de las pautas de prevención. Esta persona recibirá de una persona responsable del centro instrucciones orales y escritas sobre cómo proceder en relación con lo siguiente:

- Durante la salida permanecerán el mayor tiempo posible en espacios abiertos. Se evitarán los lugares públicos cerrados y la proximidad con personas ajenas a su círculo íntimo.
- La persona cuidadora principal llevará consigo un frasco de gel hidroalcohólico para aplicarla con frecuencia en sus manos y las de la persona mayor siempre que no sea posible el lavado con agua y jabón.
- Si van a llevar a la persona mayor a un domicilio, se desinfectarán previamente, y con frecuencia durante la estancia, todas las superficies, grifos, interruptores, manillas, etc. Las toallas, servilletas, etc, serán de uso exclusivo. Si es posible tendrá un baño de uso exclusivo.
- Tanto las personas allegadas como la persona residente utilizarán mascarilla en todo momento. Aunque la pauta de distancia física de 1,5 metros es aplicable como norma general, se acepta el contacto físico, siempre con mascarilla e higiene de manos. En caso de ser necesaria una aproximación más estrecha por necesitar ayuda, debe ser siempre la persona responsable. Esta persona deberá extremar las medidas de higiene de manos y respiratoria. Se lavará las manos 40-60 seg. con agua y jabón siempre antes y después de contactar físicamente con la persona mayor o sus utensilios. Si no es posible, aplicará gel hidroalcohólico.
- En los casos en los que la salida de la residencia vaya a ser de varios días, la persona responsable hará la vigilancia de síntomas y contactará con el Centro de Salud a la mínima sospecha.

La dificultad de una persona mayor para tolerar el uso continuado de mascarilla no debe constituir un impedimento para salir de la residencia. Se deben hacer todos los esfuerzos necesarios para que la persona pueda disfrutar con su familia o personas allegadas, planificando las actividades de manera que la distancia física se mantenga de la mejor manera posible, en actividades preferiblemente al aire libre y evitando el contacto con terceras personas.

Al regreso a la residencia, se retirará toda la ropa utilizada durante la salida para lavarla, se desinfectarán los zapatos y, en su caso, la silla de ruedas. Para personas mayores, en caso de pernocta fuera de la residencia se gestionará a través de Atención primaria la realización de una PCR el mismo día de su vuelta.

BIBLIOGRAFIA

1. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Protocolos de vigilancia epidemiológica. CoronavirusSARS-CoV2. 13 de mayo de 2020.
2. Ministerio de Sanidad. Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de COVID-19. Indicadores de seguimiento. 12 de mayo de 2020.
3. Centro de coordinación de alertas y emergencias. Ministerio de Sanidad. Información científicatécnica. Enfermedad por coronavirus COVID-19. 18 de mayo de 2020.
4. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad. Interpretación de las pruebas diagnósticas frente a SARS-CoV-2. 24 de abril de 2020. Versión 2.
5. Ministerio de Sanidad. Guía de prevención y control frente a COVID-19 en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial. 24 de marzo de 2020.
6. European Center for disease prevention and control. Rapid risk assessment. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK. Ninth update. 23 april 2020
7. European Center for disease prevention and control. Guidance for discharge and ending isolation in the context of widespread community transmission of COVID-19. First update, 8 april 2020.
8. Ministerio de Sanidad. Orden SND/265/2020, de 19 de marzo, de adopción de medidas relativas a las residencias de personas mayores y centros socio-sanitarios, ante la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. BOE 21 de marzo 2020.
9. Recomendaciones de SEIMC sobre el uso de las pruebas de detección de anticuerpos. Consultado en: https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/recomendaciones/seimc-rc-2020Recomendaciones_uso_de_las_pruebas_de_deteccion_de_anticuerpos.pdf
10. Gandhi RT, Lynch JB, Del Rio C. Mild or Moderate Covid-19. N Engl J Med. 2020; 10.1056/NEJMcp2009249.
11. Hao-Yuan Cheng, MD, MSc; Shu-Wan Jian, DVM, MPH; Ding-Ping Liu, PhD; Ta-Chou Ng, BSc; Wan-Ting Huang, MD; Hsien-Ho Lin, MD, ScD; for the Taiwan COVID-19 Outbreak Investigation Team. Contact tracing assessment of COVID-19 transmission dynamics in Taiwan and risk at different exposure periods before and after symptom onset. JAMA Intern Med. doi:10.1001/jamainternmed.2020.2020 Published online May 1, 2020.
12. Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: El SARSCoV-2 02.04.2020
13. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of COVID-19 in long-term care facilities in the EU/EEA, 19 May 2020. Stockholm: ECDC; 2020 <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-long-term-care-facilitysurveillance-guidance.pdf>